

CODICE FISCALE

DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE

Il/La sottoscritto/a

Nato/a _____ Prov. ()

Il _____ residente in _____ Prov. ()

Via/Piazza _____ CAP _____

Nell'ambito dell'accertamento medico/legale dell'idoneità psicofisica al _____ della patente di guida del veicoli di cui alla categoria _____

DICHIARA

In relazione agli stati patologici di seguito elencati che:

- Sussistono patologie dell'apparato cardio-circolatorio **SI - NO**
(se SI quali _____)
- Sussiste diabete **SI - NO**
(se SI specificare se insulinodipendente **SI - NO**)
- Sussistono altre patologie endocrine **SI - NO**
(se SI quali _____)
- Sussistono turbe e/o patologie psichiche **SI - NO**
(se SI quali _____)
- Fa uso di sostanza psico-attive **SI - NO**
(se SI quali _____)
- Soffre di epilessia o ha manifestato crisi epilettiche **SI - NO**
(se SI specificare quando si è manifestata l'ultima: _____)
- Sussistono malattie del sangue **SI - NO**
(se SI quali _____)
- Sussistono malattie dell'apparato uro-genitale **SI - NO**
(se SI quali _____)

DATA

FIRMA

In caso di dichiarazione mendace si provvederà a sottoporre a revisione la patente di guida con conseguente revoca o sospensione della stessa ai sensi degli articoli 128, 129 e 130 del Codice della Strada, così come modificati dagli articoli 9, 10 e 11 del D.P.R. 19/04/2004 n° 575, salvo che non si configuri ipotesi di reato.